

## **Convênio 151/2018 UNIFESP x MPF para fim de Orientação Técnica e Produção de Dados na Garantia de Direitos no Contexto da Pandemia Covid-19**

### **Produto 4**

**Objetivo:** Cenários prospectivos para o financiamento do SUS

#### **Dados do Projeto**

SEI: 23089.119990/2020-83

Contrato: Convênio 151/2018 UNIFESP x MPF

Projeto: LASCOL Observatório

Coordenador: ADEMAR ARTHUR CHIORO DOS REIS

[arthur.chioro@unifesp.br](mailto:arthur.chioro@unifesp.br)

Objeto: Atender à questão-problema II - Avaliar o uso do Orçamento Federal no enfrentamento da pandemia

## **Produto 4**

### **Cenários prospectivos para o financiamento do SUS.**

#### **Objetivo:**

- Analisar cenários prospectivos para o financiamento do SUS, considerando diversas opções de regras de aplicação mínima em saúde, com valores estimados entre 2021 e 2036 (previsão de vigência do Novo Regime Fiscal, conforme a EC 95).
- Analisar fontes de receita para ampliação de gasto de saúde

#### **Sumário**

Introdução .....	03
Cenários prospectivo .....	03
As fontes de receita para ampliação de gasto de saúde .....	08
Conclusões .....	13
Recomendações .....	14

## **Produto 4**

### **Introdução**

Tendo em vista a evolução do quadro social e sanitário em 2021, o produto 3 abordou os impactos da retomada das regras fiscais sobre o financiamento federal do Sistema Único de Saúde, em meio ao aumento de demandas por serviços de saúde e ao recrudescimento da pandemia. Particularmente, foram construídos cenários emergenciais para o exercício de 2021, mitigando os impactos das regras fiscais restritivas sobre o SUS. O produto 4 elaborará cenários prospectivos estruturais para o financiamento do SUS, com diversas hipóteses de mudanças nas regras de investimento mínimo no orçamento federal de saúde, tendo em vista as necessidades de saúde da população e os fatores de pressão sobre o SUS, como a transição epidemiológica e demográfica, a incorporação tecnológica e o crescimento populacional. A reorganização dos produtos 3 e 4 conferirá uma ordem lógica mais adequada à pesquisa, tratando, respectivamente, das questões emergenciais e estruturais do financiamento do SUS, preservando-se todos os itens inicialmente constantes dos referidos produtos.

### **Cenários prospectivos para o financiamento do SUS**

Serão apresentados diferentes cenários do financiamento federal do SUS, considerando diversas opções de regras de aplicação mínima em saúde, com valores estimados entre 2021 e 2036 (previsão de vigência do Novo Regime Fiscal, conforme a EC 95). Vale enumerar os cenários:

- Piso congelado da EC 95 (correção pelo IPCA de 12 meses).
- Retomada da Emenda Constitucional nº 29 (empenhado + variação nominal do PIB do ano anterior), com base nos valores de 2021 (PLOA 2021 + créditos reabertos das vacinas + MP 1.032/2021).
- Retomada da Emenda Constitucional nº 86 (15% da RCL).
- Piso atualizado pelo IPCA de 12 meses + crescimento populacional do ano anterior.
- Piso atualizado pelo IPCA de 12 meses + crescimento da população idosa do ano anterior.

Os cinco cenários serão apresentados em termos nominais, como proporção do PIB, como proporção da RCL, em termos reais e reais per capita.

Antes de passar aos cenários propriamente ditos, convém reforçar a relevância do debate sobre regras fiscais e seus impactos sobre o SUS. Nos produtos anteriores, foi visto que o arcabouço fiscal implica redução do financiamento do SUS, sobretudo diante da EC 95 (congelamento do piso de aplicação de saúde e das despesas globais em função

do teto de gastos). Outro aspecto que convém lembrar se refere à relação entre qualidade do gasto e austeridade. Os defensores do teto de gasto costumam alegar que a vedação ao crescimento real do gasto induziria uma alocação mais eficiente dos recursos, considerando as principais demandas da população por serviços públicos.

No entanto, nos primeiros anos do Novo Regime Fiscal, não apenas houve redução do orçamento de saúde (conforme visto anteriormente, em termos reais per capita e como proporção da RCL), mas também o setor passou a representar menor percentual das despesas primárias totais da União (passando de 7,5% para 6,9% entre 2017 e 2021, conforme a tabela 1).

**Tabela 1 – Despesas primárias totais e de ações e serviços públicos de saúde (R\$ e %)**

<b>Ano</b>	<b>Despesas primárias – A</b>	<b>Despesas primárias ASPS - B</b>	<b>B/A</b>
2014	1.254.083.439.840	90.966.448.586	7,3%
2015	1.339.731.165.377	99.109.172.549	7,4%
2016	1.450.284.152.472	105.363.728.228	7,3%
2017	1.514.899.387.140	113.878.017.203	7,5%
2018	1.607.530.568.985	116.156.716.790	7,2%
2019	1.730.491.685.210	122.898.426.877	7,1%
2020	1.756.397.090.884	124.152.094.214	7,1%
2021	1.788.235.025.677	123.355.501.979	6,9%

\* Entre 2014 e 2019, empenho. Para 2020, LOA (não considera recursos extraordinários para combate à pandemia). Para 2021, PLOA.

A tabela 2 traz a estimativa de valores nominais ASPS para cada cenário descrito.

A análise dos valores nominais para cada cenário é suficiente para demonstrar que a manutenção do orçamento congelado ASPS até 2036 implica forte perda para o SUS, já que o orçamento sequer seria atualizado pelo crescimento populacional. Em valores nominais, a diferença entre o piso da EC 95 e o orçamento reajustado pela inflação e pelo crescimento populacional, supera R\$ 600 bilhões. Se fosse retomada a indexação da despesa de saúde à RCL, estima-se que o SUS deixaria de perder R\$ 560 bilhões até 2036 em relação ao piso congelado da EC 95.

**Tabela 2 – Cenários para o orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde – ASPS (R\$)**

Ano	Piso EC 95	EC 29 Base 2021	EC 86 (15% da RCL)	IPCA + pop	IPCA + pop idosa
2021	123.828.000.000	148.291.000.000	120.673.500.000	148.291.000.000	148.291.000.000
2022	128.11.980.000	159.113.065.235	128.773.005.690	154.613.289.050	159.240.630.943
2023	132.647.649.300	169.792.602.808	136.583.243.320	161.158.188.618	170.934.852.794
2024	137.290.317.026	180.090.728.324	144.857.832.309	167.928.992.834	183.376.145.231
2025	142.095.478.121	191.001.120.562	153.843.411.742	174.931.705.714	196.552.230.320
2026	147.068.819.856	202.848.983.485	163.384.690.343	182.172.682.995	210.458.853.991
2027	152.216.228.551	215.429.559.042	173.518.207.237	189.657.002.536	225.134.764.708
2028	157.543.796.550	228.791.025.599	184.280.501.546	197.389.733.679	240.626.011.491
2029	163.057.829.429	242.981.561.519	195.709.634.857	205.375.848.997	256.918.211.999
2030	168.764.853.459	258.051.352.601	207.848.236.147	213.621.161.738	273.976.220.156
2031	174.671.623.330	274.056.606.936	220.739.716.270	222.132.317.850	291.790.468.961
2032	180.785.130.147	291.054.563.553	234.430.771.423	230.914.993.607	310.395.458.953
2033	187.112.609.702	309.106.793.344	248.970.994.068	239.974.137.825	329.798.183.834
2034	193.661.551.041	328.278.686.048	264.413.052.565	249.315.981.282	350.151.085.615
2035	200.439.705.328	348.639.687.105	280.812.881.953	258.947.234.941	371.701.164.423
2036	207.455.095.014	370.263.549.205	298.229.886.556	268.874.549.530	394.641.483.170
<b>Total</b>	<b>2.596.800.666.854</b>	<b>3.917.790.885.366</b>	<b>3.157.069.566.025</b>	<b>3.265.298.821.197</b>	<b>4.113.986.766.589</b>

Fonte: BCB, IBGE, IFI, Siop.

Convém lembrar que, para 2021, não é realista a hipótese de alteração nas regras fiscais. Para o presente exercício, seria mais factível a adoção de um piso emergencial, o que pode ser viabilizado, na prática, pela decretação de calamidade, prevista na EC 109 e na Lei de Responsabilidade Fiscal. O reconhecimento do estado de calamidade suspenderia a regra de ouro e a meta de resultado primário, bem como viabilizaria a edição de créditos extraordinários, que não são contabilizados no teto de gasto.

Mesmo a retomada da EC 29 a partir de 2022 (partindo dos valores empenhados em 2021 + variação nominal do PIB de 2021) é um cenário mais favorável do que a manutenção do piso congelado da EC 95. Isso porque o valor empenhado em 2021 está majorado por créditos extraordinários editados em 2020 (e reabertos em 2021) e em 2021. Além disso, as hipóteses adotadas envolvem a variação nominal do PIB positiva a partir de 2021.

Convém lembrar que novas crises econômicas implicarão redução da variação nominal do PIB, com impactos negativos sobre o orçamento ASPS. Isto é, a indexação do gasto de saúde a variáveis econômicas implica que o orçamento de saúde tende a ser limitado quando há desaceleração da atividade econômica. Inclusive, o cenário de retomada da EC 86 expressa este ponto. Dada a fraca recuperação da economia, a adoção da EC 86 (piso da saúde seria de 15% da RCL) em 2021 levaria o orçamento ASPS a ficar abaixo dos valores congelados pela EC 95. Para 2022, os valores ficariam próximos aos previstos na EC 95. Caso não haja recuperação da atividade econômica, os valores da RCL

poderiam ser ainda menores do que os estimados, com impactos negativos sobre o financiamento do SUS.

A adoção de piso federal para ASPS indexado ao crescimento da população idosa + IPCA de 12 meses implicaria que o orçamento de saúde cresceria não apenas para repor a inflação, mas também o crescimento da população com 60 anos ou mais. Conforme afirmado em produto anterior, as regras fiscais na União Europeia, para citar exemplo relevante, envolvem a busca por resultados fiscais que descontam o impacto do envelhecimento populacional sobre os gastos públicos.

Uma maneira de fazê-lo, no caso brasileiro, seria justamente prever a correção do piso de aplicação de saúde pelo crescimento da população idosa, não contabilizando esta variação para efeito de cumprimento dos resultados fiscais. Nesta hipótese, entre 2021 e 2036, haveria cerca de R\$ 1,5 trilhão a mais para o orçamento de saúde, em termos nominais.

A tabela 3 traz os valores para cada cenário como proporção do PIB.

**Tabela 3 – Cenários para o orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde – ASPS (% do PIB)**

Ano	Piso EC 95	EC 29 Base 2021	EC 86 (15% da RCL)	IPCA + pop	IPCA + pop idosa
2021	1,55%	1,86%	1,51%	1,86%	1,86%
2022	1,50%	1,87%	1,51%	1,81%	1,87%
2023	1,47%	1,88%	1,51%	1,78%	1,89%
2024	1,43%	1,88%	1,51%	1,75%	1,91%
2025	1,39%	1,87%	1,51%	1,72%	1,93%
2026	1,36%	1,87%	1,51%	1,68%	1,95%
2027	1,32%	1,87%	1,51%	1,65%	1,96%
2028	1,29%	1,87%	1,51%	1,62%	1,97%
2029	1,26%	1,87%	1,51%	1,58%	1,98%
2030	1,23%	1,87%	1,51%	1,55%	1,99%
2031	1,19%	1,87%	1,51%	1,52%	2,00%
2032	1,16%	1,87%	1,51%	1,49%	2,00%
2033	1,13%	1,87%	1,51%	1,46%	2,00%
2034	1,11%	1,87%	1,51%	1,42%	2,00%
2035	1,08%	1,87%	1,51%	1,39%	2,00%
2036	1,05%	1,87%	1,51%	1,36%	2,00%

Fonte: BCB, IBGE, IFI, Siop.

A tabela 3 ilustra as perdas da EC 95 para o SUS. Mantido o piso congelado do Novo Regime Fiscal, as despesas do SUS passariam de 1,55% para 1% do PIB entre 2021 e 2036. Se retomada a EC 29 (base 2020) ou fosse adotada a regra de piso dado pelo crescimento da população idosa, as despesas federais de saúde girariam em torno de 2% do PIB. Vale lembrar que, desde a EC 29, as despesas federais de saúde estão em torno de 1,6% do PIB.

A maior vantagem da indexação do piso ao crescimento da população idosa seria isolar o financiamento do SUS de crises econômicas. Assim, ainda que houvesse frustração da RCL ou do PIB em relação às expectativas, o gasto do SUS manteria a trajetória de crescimento, no mínimo, para absorver os impactos da inflação e da transição demográfica.

A tabela 4 traz os valores estimados para o orçamento federal ASPS como proporção da RCL.

**Tabela 4 – Cenários para o orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde – ASPS (% da RCL)**

Ano	Piso EC 95	EC 29 Base 2021	EC 86 (15% da RCL)	IPCA + pop	IPCA + pop idosa
2021	15,4%	18,4%	15,0%	18,4%	18,4%
2022	14,9%	18,5%	15,0%	18,0%	18,5%
2023	14,6%	18,6%	15,0%	17,7%	18,8%
2024	14,2%	18,6%	15,0%	17,4%	19,0%
2025	13,9%	18,6%	15,0%	17,1%	19,2%
2026	13,5%	18,6%	15,0%	16,7%	19,3%
2027	13,2%	18,6%	15,0%	16,4%	19,5%
2028	12,8%	18,6%	15,0%	16,1%	19,6%
2029	12,5%	18,6%	15,0%	15,7%	19,7%
2030	12,2%	18,6%	15,0%	15,4%	19,8%
2031	11,9%	18,6%	15,0%	15,1%	19,8%
2032	11,6%	18,6%	15,0%	14,8%	19,9%
2033	11,3%	18,6%	15,0%	14,5%	19,9%
2034	11,0%	18,6%	15,0%	14,1%	19,9%
2035	10,7%	18,6%	15,0%	13,8%	19,9%
2036	10,4%	18,6%	15,0%	13,5%	19,8%

Fonte: BCB, IBGE, IFI, Siop.

Os cenários expressos em proporção da RCL também mostram as perdas da EC 95, já que o piso de saúde cairia de 15,4% da RCL para 10,4% da RCL entre 2021 e 2036. Outro aspecto que vale reforçar é que a mera revogação da EC 95 não resolveria o problema do financiamento do SUS no curto prazo. Dada a RCL prevista no PLOA 21, mesmo o piso congelado seria mais elevado que o mínimo da EC 95.

Se houvesse a retomada da EC 29 com base no valor estimado de aplicação em 2021, o gasto federal de saúde atingiria 18,6% da RCL. A regra seria preferível à EC 86, que manteria o mínimo obrigatório do SUS em 15% da RCL.

O piso dado pelo crescimento da inflação e da população também implicaria redução dos gastos de saúde como proporção da RCL, passando de 18,4% para 13,5% da RCL entre 2021 e 2036. Isso porque, no cenário projetado, o crescimento da RCL seria menor do que o crescimento da população.

Por fim, se os valores federais de saúde crescessem em linha com o IPCA e a população idosa, eles atingiriam quase 20% do PIB. Caso houvesse frustração na previsão de variação do PIB, o gasto de saúde seria ainda mais elevado em relação ao tamanho da economia e não sofreria queda diante do comportamento da atividade econômica (já que seria indexado ao crescimento da população idosa).

A tabela 5 apresenta os cenários para aplicação mínima em ASPS a preços de 2021, de modo a descontar os efeitos da inflação.

**Tabela 5 – Cenários para o orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde – ASPS (R\$, a preços de 2021)**

Ano	Piso EC 95	EC 29 Base 2021	EC 86 (15% da RCL)	IPCA + pop	IPCA + pop idosa
2021	123.828.000.000	148.291.000.000	120.673.500.000	148.291.000.000	148.291.000.000
2022	123.828.000.000	153.732.430.179	124.418.362.985	149.384.820.338	153.855.682.071
2023	123.828.000.000	158.503.211.564	127.501.919.130	150.442.893.526	159.569.514.149
2024	123.828.000.000	162.431.518.770	130.653.465.210	151.462.330.157	165.394.776.585
2025	123.828.000.000	166.446.441.995	134.065.645.445	152.442.875.323	171.283.913.449
2026	123.828.000.000	170.793.401.019	137.565.525.145	153.384.510.817	177.200.707.788
2027	123.828.000.000	175.252.085.084	141.157.173.386	154.286.093.760	183.147.276.146
2028	123.828.000.000	179.827.678.006	144.842.808.445	155.146.546.404	189.129.869.937
2029	123.828.000.000	184.523.005.765	148.624.158.373	155.964.793.096	195.106.659.194
2030	123.828.000.000	189.340.269.819	152.504.688.376	156.740.462.683	201.024.838.372
2031	123.828.000.000	194.283.884.679	156.486.537.797	157.473.779.257	206.855.753.107
2032	123.828.000.000	199.356.575.767	160.572.352.052	158.164.235.107	212.604.039.171
2033	123.828.000.000	204.561.713.223	164.764.845.633	158.810.876.434	218.254.929.868
2034	123.828.000.000	209.902.755.180	169.066.803.901	159.413.673.825	223.888.058.297
2035	123.828.000.000	215.383.250.061	173.481.084.945	159.972.886.389	229.630.210.805
2036	123.828.000.000	221.006.838.939	178.010.621.479	160.488.696.202	235.557.799.024
<b>TOTAL</b>	<b>1.981.248.000.000</b>	<b>2.933.636.060.050</b>	<b>2.364.389.492.302</b>	<b>2.481.870.473.318</b>	<b>3.070.795.027.963</b>

Fonte: BCB, IBGE, IFI, Siop.

Percebe-se que o piso da EC 95 ficaria constante até 2036. Afinal, a regra implica justamente o congelamento da despesa de saúde, desconsiderando o crescimento da população e outros fatores de pressão sobre o sistema. Nas demais hipóteses, haveria crescimento real do orçamento de saúde até 2036, sendo que o patamar seria maior no cenário IPCA + população idosa, EC 29 (base 2021), EC 86 e IPCA + população.

A tabela 6 apresenta as projeções dos valores ASPS per capita, a preços de 2021, para cada cenário.



**Tabela 6 – Cenários para o orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde per capita – ASPS (R\$/habitante, a preços de 2021)**

Ano	Piso EC 95	EC 29 Base 2021	EC 86 (15% da RCL)	IPCA + pop	IPCA + pop idosa
2021	580	695	566	695	695
2022	576	716	579	695	716
2023	573	733	590	696	738
2024	569	746	600	696	760
2025	565	760	612	696	782
2026	562	775	624	696	804
2027	559	791	637	696	827
2028	556	807	650	697	849
2029	553	824	664	697	872
2030	551	842	678	697	894
2031	548	860	693	697	916
2032	546	879	708	697	937
2033	544	899	724	698	959
2034	542	919	740	698	980
2035	540	940	757	698	1.002
2036	539	962	774	698	1.025

Fonte: BCB, IBGE, IFI, Siop.

A análise dos gastos reais per capita também aponta para as perdas do orçamento de saúde em caso de manutenção do congelamento do piso do setor pela EC 95 (queda acumulada de 7,2%, já descontada a inflação, entre 2021 e 2036). Nos demais cenários, haveria crescimento real dos valores federais aplicados em saúde, com destaque para a expansão real de 47% entre 2021 e 2036, caso o piso de saúde fosse reajustado pelo IPCA e pelo crescimento da população idosa. Nesta hipótese, ele passaria, a preços de 2021, de R\$ 695 para R\$ 1.025, ou seja, um crescimento anual médio de 2,6% ao ano, já descontada a inflação.

Neste último caso, o piso de saúde poderia ser expresso em termos de gasto real per capita, com previsão de crescimento mínimo, a ser reavaliado periodicamente, de modo a agregar outros elementos que pressionam o SUS para além do crescimento da população idosa, a exemplo da transição epidemiológica e da incorporação tecnológica no setor.

Segundo as estimativas aqui apresentadas, a manutenção de um valor real per capita que contemplasse o crescimento da população idosa levaria o piso federal de saúde para cerca de 2% do PIB, registrando crescimento de quase 0,5 p.p. de PIB em relação ao piso congelado da EC 95 para 2021. Se os gastos de saúde de estados e municípios girassem em torno de 2,5% do PIB, o gasto público de saúde de todos os entes se aproximaria de 4,5% do PIB.

Vale chamar atenção que, sob a regra de um piso que previsse crescimento real per capita dos gastos de saúde, o setor seria menos afetado por crises econômicas, já que os investimentos mínimos em saúde não estariam indexados ao PIB, por exemplo. Afinal, os gastos de saúde em meio a uma crise devem ser ampliados, dada a maior demanda pela rede pública de saúde. A propósito, o cenário para o PIB utilizou crescimento nominal médio anual de 6,2%. A título de exemplo, se a taxa fosse de 5% ao ano, o gasto de saúde atingiria 2,38% do PIB em 2036, já que o PIB seria menor que o inicialmente previsto.

### **As fontes de receita para ampliação de gasto de saúde**

Em produto anterior, destacamos que a dívida pública brasileira não sofre as restrições típicas de um país endividado em moeda externa. Com dívida denominada predominantemente em moeda local, o país é capaz de rolá-la, considerando que o custo da dívida pública federal está em patamar historicamente baixo. Ademais, a ampliação do gasto público equivale à criação de base monetária, na medida em que um passivo não monetário do Banco Central (o saldo da Conta Única do Tesouro) se converte em moeda quando os recursos orçamentários são creditados na conta dos beneficiários.

A ampliação da base monetária favorece o gasto privado, contribuindo para a redução da ociosidade dos fatores de produção e estímulo ao emprego. Assim, a criação de moeda estatal, em parte, converte-se em pagamento de tributos (ou seja, os agentes privados demandam moeda estatal para pagar tributos, e não o contrário, conforme o senso comum). Em termos econômicos, o aumento do gasto deve ser canalizado para setores com maiores efeitos multiplicadores da renda e redistributivos. Aqui novamente convém assinalar que o gasto em saúde é fundamental, não apenas como instrumento de financiamento do direito à saúde. Segundo pesquisadores do Ipea, a cada R\$ 1 aplicado em saúde, o PIB aumenta R\$ 1,70<sup>1</sup>. A saúde é intensiva em empregos e investimentos no complexo econômico e industrial de saúde diversificam a estrutura produtiva, induzindo o desenvolvimento econômico e social, além de reduzir a dependência externa do país.

Por outro lado, a ampliação da dívida pública tem efeitos redistributivos negativos, na medida em que implica transferências aos detentores da riqueza financeira. De toda forma, as taxas de juros atuais reduzem o custo redistributivo da dívida pública. Ainda assim, é fundamental adotar medidas de tributação, que redistribuam renda e, em particular, canalizem recursos para o SUS. Convém lembrar que o Brasil tem carga tributária próxima à média da OCDE, no entanto, quase 50% da carga tributária incide

---

<sup>1</sup> [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110203\\_comunicadoipea75.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110203_comunicadoipea75.pdf).

sobre consumo (na OCDE, são 32%). Por outro lado, a carga tributária incidente sobre renda e patrimônio na OCDE é de quase 40% do total de tributos, enquanto no Brasil esta relação é inferior a ¼ da carga tributária<sup>2</sup>.

Portanto, o sistema tributário brasileiro é regressivo, uma vez que tem baixa incidência sobre a renda e o patrimônio. Uma reforma tributária progressiva deveria ampliar a carga tributária sobre os mais ricos, o que teria forte impacto sobre a desigualdade de renda. Caso parcela destes valores fosse alocada para financiamento do Sistema Único de Saúde, o impacto redistributivo da medida seria ainda maior.

Convém lembrar que os entes subnacionais não são capazes de emitir dívida soberana e, portanto, dependem de arrecadação tributária para realizar seus gastos. Além disso, estados e municípios respondem por quase 60% dos gastos públicos de saúde e uma reforma tributária progressiva poderia destinar receitas ao SUS, tanto em âmbito federal (cerca de 2/3 do orçamento federal ASPS é repassados aos entes subnacionais), quanto em âmbito estadual e municipal.

Entre os dispositivos que poderiam constar de uma reforma tributária, com foco na tributação de renda e patrimônio e canalização de recursos para o SUS, vale citar os seguintes:

- Alterações no Imposto de Renda Pessoa Física, especialmente ampliação da alíquota máxima do IR e retomada da cobrança de lucros e dividendos distribuídos a pessoas físicas. Tais medidas aproximariam o sistema tributário brasileiro do resto do mundo e poderiam ampliar a arrecadação em cerca de R\$ 130 bilhões<sup>3</sup>. Vale lembrar que, a partir de 30 salários mínimos mensais, o IPRF é regressivo, uma vez que rendas mais elevadas estão associadas a uma alíquota efetiva menor, sobretudo em função das deduções dos dividendos distribuídos a pessoas físicas da base de cálculo do imposto.
- Regulamentação do Imposto sobre Grandes Fortunas, que poderia implicar aumento anual de arrecadação de R\$ 40 bilhões<sup>4</sup>.
- Revisão dos benefícios tributários federais, que, no PLOA 2021, têm valor estimado superior a R\$ 300 bilhões, ou cerca de 4% do PIB<sup>5</sup>. A EC 109, de 2021, prevê que, em oito anos, tais benefícios devem ser reduzidos para 2% do PIB. Especialmente, vale chamar atenção para os gastos tributários em saúde, que somam R\$ 57 bilhões no PLOA 2021, equivalendo a 46% dos gastos ASPS previstos (R\$ 123,8 bilhões). Em particular, as deduções dos gastos privados de saúde no Imposto de Renda Pessoa Física são fortemente regressivas, beneficiando as faixas de renda mais elevadas. Segundo estudo do Ministério da Economia, tais valores passaram, a preços de 2017, de R\$ 10,6 bilhões em 2010 para R\$ 15 bilhões em 2017 (crescimento superior a 40%, já descontada a inflação)<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> [https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento\\_Completo.pdf](https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento_Completo.pdf).

<sup>3</sup> [https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento\\_Completo.pdf](https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento_Completo.pdf)

<sup>4</sup> [https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento\\_Completo.pdf](https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento_Completo.pdf).

<sup>5</sup> <https://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/dgt-ploa>.

<sup>6</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/publicacoes/subsidios-da-uniao/boletim/09-boletim-mensal-sobre-os-subsidios-da-uniao-deduocoes-do-imposto-de-renda-pessoa-fisica-de-despesas-medicas/view>.

- Maior tributação sobre produtos nocivos à saúde, de modo que o sistema tributário possa induzir a redução do consumo desses bens, bem como canalizar recursos para o SUS.
- Recursos do Fundo Social do pré-sal. A lei nº 12.358, de 2013, prevê que, no mínimo, metade do Fundo Social será destinada à educação. Os outros 50% podem ser aplicados em diversas políticas, dentre as quais a saúde pública. Tomado apenas o excedente em óleo da União (parcela do óleo lucro que as empresas petrolíferas destinam ao governo federal) dos contratos já licitados do pré-sal, estima-se que a União receberá R\$ 422 bilhões até 2032<sup>7</sup>. Deste total, R\$ 211 bilhões poderiam ser alocados em saúde e em outras áreas previstas pela legislação do modelo de partilha, que institui o Fundo Social. A PEC 186 previa a desvinculação de receitas do fundo social, mas o dispositivo foi suprimido da PEC, convertida em EC 109/2021. Ainda sobre o pré-sal, convém lembrar que, dentre as fontes de receita utilizadas, não foram considerados os royalties do pré-sal, que, segundo liminar do Ministro Ricardo Lewandowski no âmbito da ADI 5595, devem ser aplicados acima do piso de saúde.

Por fim, todas essas medidas de ampliação de arrecadação apenas serão eficazes para financiar o SUS na hipótese de revisão das regras fiscais, já que o teto de gasto impõe um limite às despesas primárias, independente da arrecadação. Portanto, a revisão das regras fiscais e do sistema tributário deve ser discutida de forma integrada.

---

<sup>7</sup> Disponível em: [https://www.presalpetroleo.gov.br/ppsa/conteudo/ebook\\_25\\_11.pdf](https://www.presalpetroleo.gov.br/ppsa/conteudo/ebook_25_11.pdf).

## **Conclusão**

Foram apresentados distintos cenários para as regras de gasto federais do SUS. Mostrou-se que a manutenção do congelamento do piso federal de aplicação de saúde importa em perdas para o orçamento do SUS, por exemplo, como proporção do PIB ou da RCL ou termos per capita. Ademais, mostrou-se que novas regras de aplicação mínima, baseadas, por exemplo, na retomada da EC 29 ou com base no crescimento da população idosa mitigariam os impactos do subfinanciamento crônico e redução recente de financiamento do SUS.

Emergencialmente, em um contexto de recrudescimento da pandemia, caberia a decretação do estado de calamidade em 2021, suspendendo-se as regras fiscais e autorizando despesas extraordinárias para o SUS, mediante a emissão de dívida.

Do ponto de vista da arrecadação, mostrou-se que há diversas opções para ampliar a progressividade do sistema tributário e canalizar estruturalmente recursos para o SUS. Entre elas, mudanças no IRPF, regulamentação do Imposto sobre Grandes Fortunas, revisão de benefícios tributários e tributação de produtos nocivos à saúde. A destinação de parcela do aumento da arrecadação para o SUS requer a revisão do Novo Regime Fiscal, instituído pela EC 95.

## **Recomendações**

Discutir cenários de flexibilização fiscal e adoção de novas regra de piso de aplicação de saúde, compatíveis com as pressões conjunturais e estruturais por mais gastos no setor (pandemia, transição epidemiológica e demográfica, incorporação tecnológica, entre outras). Sugere-se revogação da EC 95, diante de seus efeitos sobre o SUS, e adoção de regras de aplicação mínima baseadas em meta de crescimento real do valor per capita aplicado (o cenário construído no trabalho prevê o crescimento real do valor per capita de saúde, no mínimo, incorporando o crescimento da população idosa, o que levaria, a preços de 2021, o piso de saúde de R\$ 580 em 2021 para R\$ 1.025 em 2036). A meta de crescimento teria de ser compatível com as demandas do SUS e ficaria menos exposta a crises econômicas, que impactam o PIB e a receita. Desta forma, o investimento mínimo de saúde não sofreria redução diante de uma crise econômica.

Discutir uma reforma tributária progressiva capaz de canalizar recursos para o SUS, o que pressupõe a revisão das regras fiscais vigentes.

São Paulo, 05 de abril de 2021

## **Equipe do Projeto de Pesquisa:**

- Arthur Chioro (coordenador)
- Ana Paula Menezes Sóter (bolsista)
- Bruno Moretti (bolsista)
- Lumena Almeida Castro Furtado
- Jorge Harada
- Luis Tofani
- Andre Luiz Bigal
- Larissa Maria Bragagnolo
- Elaine Maria Giannotti (bolsista)
- Mariana Alves Melo (bolsista)
- Gabriela Rodrigues da Silva (bolsista)
- Fernanda Souza Lopes de Camargo (bolsista)
- Daniele Vieira Passos (bolsista)
- João Vitor Chau Bernardino
- Deize Grazielle Conceição Ferreira Feliciano